LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophthalmologie : Deux cas de blépharospasme tonique bilatéral douloureux d'origine hystérique, guéris par la suggestion hypnotique, par M. de Bourgon, 145. — **Bibliographie** : Du service médical dans les travaux de construction. Une campagne en Macédoine, par le Dr Barthe de Sandfort, 148. — **Académie des sciences** : *Séance du 22 février* 1897. Présidence de M. Chatin. — Du rôle physiologique des leucocytes à propos des plaies de la cornée, 148. — Recherches expérimentales sur le mécanisme de l'hypérémie cutanée, 150 — Rôle des images récurrentes dans l'irradiation des lumières brèves, 150. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 mars* 1897. Présidence de M. Caventou. — Phosphorisme, 151. — Sarcôme du sinus frontal, 152. — Commission de prix pour 1897, 152. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 26 février* 1897. Présidence de M. Debove. — Manifestations nerveuses précoces du mal de Pott, 152. — Ladrerie chez l'homme, 152. — Cancer du canal thoracique, 153. — Parotidite unilatérale chez un saturnin, 153. **Société de médecine de Paris** : *Séance du 27 février* 1897. Présidence de M. A. Voisin, vice-président. — Rapport sur les travaux de M. Frenkel, 153. — Rapport sur la candidature du Dr Baraduc, 154. — Rapport sur les travaux de M. Bonnet, 155. — Rapport sur les travaux de M. Humbert Mollière (de Lyon), 157. — **Société de chirurgie** *Séance du 3 mars* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Extirpation du rectum, 159. — Traitement chirurgical du goitre exophthalmique, 159. — Cholésteatome de l'oreille moyenne, 159. — Période prémonitoire des rétrécissements du rectum, 159. — Traitement de la fistule vésico-vaginale, 159. — Lipôme périnéo-scrotal, 160. — **Nouvelles**, 160.

OPHTHALMOLOGIE

Deux cas de blépharospasme tonique bilatéral douloureux d'origine hystérique, guéris par la suggestion hypnotique,

Par M. de Bourgon.

Ancien chef de clinique aux Quinze-Vingts. Chirurgien-chef du service d'ophthalmologie de l'hôpital Saint-Joseph.

Comme il n'y a de réel et d'immuable que les faits bien observés, avant d'aborder des considérations théoriques, des hypothèses physiologiques, voici, sans plus long préambule, l'observation clinique de deux cas de blépharospasme tonique bilatéral douloureux d'origine hystérique guéris par l'emploi de la suggestion hypnotique.

Observation I. — Eugénie B... d'Argentan (Orne), agée de 18 ans et demi, servante, se présente le 12 juillet 1893 à la consultation des Quinze-Vingts (service du Dr Valude).

Admise par correspondance, je l'hospitalisai immédiatement. Cette malade se plaignait d'avoir les paupières fermées depuis quinze jours, cette occlusion étant totale et permanente. Jadis, y a six mois, elle avait eu l'œil droit fermé plusieurs heures par jour, pendant trois semaines environ. Puis l'œil gauche s'était clos aussi, mais par intermittences alternant avec l'occlusion de l'œil droit.

En écartant les paupières, avec beaucoup de peine, on constate une rougeur marquée de la conjonctive, un larmoiement intense et des ulcérations cornéennes plus marquées à droite qu'à gauche.

De quoi s'agissait-il? Etait-ce une kérato-conjonctivite, entraînant un blépharospasme consécutif, ainsi qu'on a l'habitude de le voir chez les enfants strumeux, ou bien était-ce un blépharospasme primitif avec lésions secondaires?

L'examen attentif seul de la malade pouvait donner la réponse à ce diagnostic différentiel très délicat.

Comme antécédents héréditaires, Eugénie B... avait une mère agée de 43 ans, atteinte d'épilepsie; quant à son père, il était mort à 45 ans, à la suite d'une hémiplégie droite.

Les antécédents personnels étaient très intéressants. Agée de 13 ans, elle avait vu une petite fille tomber du haut mal; immédiatement, elle fut prise d'une attaque qui se renouvella tous les deux jours ou quotidiennement. Ce n'est qu'après trois mois de soins (douches et bromures) que la sédation s'opéra. Les attaques disparurent pour reparaître en 1892. Elles se précipitèrent alors, 2 à 7 par jour, et par l'effet d'un traitement énergique bromuré disparurent pour faire place aux troubles oculaires.

A ce moment, les praticiens qui l'avaient si bien soignée auparavant errèrent complètement. Reconnaissant, à l'inspection, des lésions oculaires, ils crurent à un épisode inflammatoire survenu dans l'histoire nerveuse de cette malade. On mit alors en œuvre lotions, collyres aussi variés qu'inutiles (sulfate de zinc, sels d'atropine, d'ésérine même), frictions mercurielles à la tempe, etc. Plusieurs oculistes régionaux furent consultés sans résultats appréciables; de guerre lasse, les autorités municipales firent les démarches nécessaires pour l'hospitalisation aux Quinze-Vingts.

Examinée le 13 juillet au matin, je constate un blépharospasme bilatéral, plus marqué à droite qu'à gauche. Du côté droit, le sourcil était plus abaissé qu'à gauche. Ce signe objectif est à noter, il permet de distinguer le spasme de la paralysie (Charcot). La contraction était très énergique, la peau des paupières plissée fortement. L'écartement des paupières ne pouvait se produire qu'avec l'emploi du releveur de Desmarres et était accompagné de phénomènes douloureux intenses. Un flot de larmes s'écoulait sur la joue et la malade se plaignait de souffrir horriblement de la présence de la lumière. Cet épiphora et cette photophobie étaient bilatéraux.

La conjonctive était injectée, il existait un cercle périkératique et de la kératite superficielle. Enfin, du côté droit, à noter des douleurs périorbitaires. La sensibilité de la conjonctive et de la cornée explorée avec un tortillon de papier de soie montrait qu'elle était accrue. En outre, la malade accusait une vive douleur par un simple frôlement de la paupière et de la région périorbitaire droite dans une étendue d'environ un centimètre en dehors de l'orbite.

Ces différents symptômes oculaires bien constatés me permettaient, en dehors des antécédents et de l'examen général ultérieur, de conclure à un *blépharospasme tonique bilatéral douloureux d'origine hystérique* en empruntant la terminologie de M. Parinaud et en attachant une très grande importance au signe de Gilles de la Tourette (superposition du spasme et des troubles de la sensibilité).

Examinée au point de vue général, Eugénie B... présentait des zones d'anesthésie caractéristiques, un état mental propre aux hystériques et je n'insisterai pas sur cette étude clinique, me contentant de dire que j'eus la bonne fortune d'assister à une attaque complète d'hystéro-épilepsie que je ne pouvais méconnaître, ayant été l'élève de M. Dumontpallier pendant plus de trois années.

L'après-midi, je présentai cette malade à M. Valude qui admit mon diagnostic et me la confia.

J'essayai d'abord du procédé de Gayet (de Lyon), la dilatation forcée des paupières après emploi préalable de la cocaïne appliquée localement. J'échouai, la malade luttait, se plaignait de souffrir *atrocement*, c'est là sa propre expression. Je résolus, inspiré des observations antérieures de van Eeden et par de longues et attachantes conversations que j'avais eues avec lui au Congrès de l'Hypnotisme (1889) dont j'avais été un des secrétaires, d'essayer la suggestion chez cette malade.

Imbu et à juste raison, je crois, des idées et des procédés de l'Ecole de Nancy, opérant d'après la méthode du Prof. Bernheim, je me contentai de dire à la malade : « Mon enfant, jusqu'ici, on a mal soigné tes yeux, si tu veux croire en moi, je te promets de te guérir complètement, mais pour cela il faut *dormir*, tu m'entends bien, *dormir*, et dans ce sommeil, tu auras conscience de m'obéir, tu répondras à mes questions et tu guériras ; allons, *dors*, *dors*. » Et variant la forme de mes injonctions, mais terminant toutes mes phrases par l'impératif *dors*, j'obtins en moins de dix minutes, sans pression des paupières, ni miroirs, jets de lumière, sons de gongs, que sais-je? un sommeil somnambulique vrai. Je lui déclarai alors qu'à son réveil l'œil droit s'ouvrirait un peu et que vers six heures du soir les paupières seraient tout à fait écartées. « Alors, ajoutai-je, tu seras complètement convaincue, je t'endormirai demain et je guérirai ton autre œil. » Toutes ces précautions oratoires peuvent sembler du verbiage aux praticiens qui n'emploient pas la méthode suggestive, mais elles sont absolument nécessaires pour éviter la *redoutable auto-suggestion* qui occasionne tant d'insuccès que l'on attribue à tort à la suggestion elle-même, sans reconnaître que, pour employer avec succès un moyen thérapeutique, il faut le connaître à fond, pratiquement et théoriquement.

Puis je réveillai la malade, par le souffle sur les paupières. Je lui donnai des lunettes fumées pour éviter la vive sensation lumineuse et priai la sœur de service de noter l'heure exacte où la malade aurait l'œil droit complètement ouvert. A six heures précises, Eugénie B... s'écriait : « Ma sœur, quel bonheur! je vois, mon œil est complètement ouvert. »

Le lendemain de mon arrivée, je lui dis : « Eh bien, ton œil droit est ouvert, je vais te guérir l'autre aussi, je te l'ai promis hier, tu t'en souviens! » Etonnement de la malade, elle ne se rappelle rien. C'est encore là un fait caractéristique de la suggestion à l'état d'hypnose, l'amnésie complète au réveil.

Je recommençai à l'endormir. En deux minutes, elle était en somnambulisme. Je lui fis une suggestion identique à celle de la veille, pour l'œil gauche, cette fois. Pour consolider la guérison, je l'endormis plusieurs jours de suite. Sous l'influence de la non-occlusion, les lésions oculaires très faibles guérirent rapidement, grâce à l'emploi d'une antisepsie faible et en moins d'une semaine la malade partait guérie pour Argentan, à la grande stupéfaction des habitants de la région dont quelques-uns m'écrivirent même pour me féliciter de cette cure *tenant du miracle*, ajoutait sa patronne.

J'ai eu des nouvelles de cette jeune malade, la guérison du blépharospasme s'est maintenue. Quant à son état général, sous l'influence de l'hydrothérapie et des bromures, il est satisfaisant quoiqu'elle ait des attaques de temps en temps, environ une fous les quinze jours.

Observation II. — J'ai décrit trop en détail le cas clinique d'Eugénie B... pour ne pas tracer en quelques mots l'observation de Mlle Marie D..., âgée de 30 ans, sans profession.

Grande hystérique, elle aussi, présentant tous les signes de cette redoutable névrose, elle vint me consulter le 29 mars 1896, pour une occlusion permanente de l'œil gauche accompagné de larmoiement avec sensations douloureuses à la lumière. L'œil droit était clos

de même, quand elle se présenta à moi guidée par une parente, mais il paraît qu'elle l'ouvrait encore quelques heures par jour. L'analyse des symptômes, très analogues d'ailleurs à ceux de l'observation précédente, me permit de porter le diagnostic de : *Blépharospasme tonique bilatéral douloureux, permanent à gauche, transitoire à droite, lié à l'hystérie.*

Fort de mon succès antérieur, je conseillai à la malade le traitement par la suggestion hypnotique. Après quelques hésitations, vaincue par la confiance absolue avec laquelle je lui promettais une guérison rapide, elle consentit En trois séances, elle fut radicalement guérie. Les lésions conjonctivales et cornéennes, existant chez elle comme chez Eugénie B..., disparurent complètement. Depuis cette époque, la guérison locale s'est maintenue.

Considérations théoriques. — Ces deux observations cliniques sont intéressantes, ce me semble, à plusieurs points de vue.

En premier lieu, dans les deux cas, la cause occasionnelle nous échappe. Ils se sont produits, et j'y insiste maintenant, en dehors de toute attaque. D'autre part, les lésions conjonctivales et cornéennes n'ayant pas été primitives n'ont pu engendrer le blépharospasme, comme dans le cas de Lasègue (*Arch. gén. de médecine*, juin 1878). C'est en vain que j'ai cherché des zones hystérogènes dont la pression fortuite pouvait engendrer le blépharospasme et pourtant « l'action des zones hyperesthésiques sur la production du blépharospasme est indéniable ». (Cas de A. von Graefe, de Zehender, Seeligmüller; voir, en outre, à ce sujet les travaux de Borel sur les Affections hystériques des muscles oculaires.) Dans les deux cas précédents, la naissance du blépharospasme a été spontanée.

Si l'épiphora et la photophobie sont constants dans le blépharospasme tonique douloureux, il n'en est pas de même des lésions conjonctivales. Quant aux lésions cornéennes, elles sont excessivement rares, sinon inconnues, et c'est justement cette présence exceptionnelle qui a été la cause des erreurs thérapeutiques signalées dans l'observation d'Eugénie B....

Il faut insister sur leur production d'origine mécanique et attirer l'attention des praticiens sur la possibilité des conjonctivites et surtout des kératites consécutives à un spasme hystérique de l'orbiculaire pour éviter que, dans ces cas, on emploie des lotions, pommades et collyres variés sans s'adresser à la vraie cause.

La contraction de l'orbiculaire était isolée et ne s'accompagnait ni de contracture, ni de paralysie des membres comme c'est la règle, en quelque sorte; d'où une plus grande difficulté encore pour établir le diagnostic.

Sauf les lésions mécaniques consécutives, les yeux fonctionnaient normalement et l'étude de la réfraction, de l'amplitude d'accommodation, des mouvements oculaires (champ de regard), de la perception rétinienne (acuité visuelle, champ visuel), questions trop spéciales pour y insister outre mesure, me convainquirent de l'état absolument normal des yeux de mes deux malades Et pourtant, généralement, le blépharospasme hystérique s'accompagne de contracture des muscles du globe (cas de da Fonseca, A. von Graefe, Landesberg, Cuignet, etc.). Parfois même on a noté le myosis (Saint-Ange) ou la mydriase (Harlan). Une fois a été signalée la présence du scotome central (Harlan).

Laissant ces points d'oculistique pure, je ne saurais trop insister sur la thérapeutique suivie qui a permis de guérir le blépharospasme et partant les lésions conjonctivales et cornéennes.

La suggestion hypnotique a, en effet, suffit *seule* dans ces deux cas et l'on peut affirmer que tout autre moyen aurait été inefficace ou dangereux.

Pour guérir ces cas, il faut toujours employer directement ou indirectement la suggestion et non disséquer tout le muscle orbiculaire ainsi que l'ont fait des chirurgiens américains, réséquer les nerfs sus-orbitaires, etc.

N'est-ce pas, en effet, une suggestion indirecte que mettent en usage Hodges, Pflüger et Seeligmüller lorsqu'ils traitent le blépharospasme par les courants continus, Meyer en se servant de la cocaïne, Harlan des aimants, P. Richer de la pression d'une zone frénatrice, Strawbridge de l'élévation forcée des paupières au moyen de bandes de sparadrap? Dans ce dernier cas, lorsque le pansement s'était décollé à l'insu du malade, l'œil restait ouvert, mais si le chirurgien pratiquait l'ablation du sparadrap de la paupière du malade conscient, le spasme se rétablissait immédiatement. La guérison eut lieu pourtant. C'est là une démonstration palpable de la suggestion indirecte.

N'est-ce pas encore la suggestion dont se servait Silver en guérissant un blépharospasme de l'œil gauche par le procédé suivant : Il affirma à son malade que si l'œil droit se fermait, immédiatement l'œil gauche s'ouvrirait; après avoir renouvelé avec énergie cette affirmation, il abaissa la paupière droite, immédiatement la paupière gauche s'éleva. On appliqua un pansement sur l'œil droit dont la paupière fut fixée à la joue, l'œil gauche resta ouvert, la guérison se maintint.

Certes, tous ces procédés sont ingénieux, mais il ne doivent être employés que lorsqu'on redoute de dire au malade comment on le guérira.

Puisqu'il faut rendre à César ce qui est à César, pourquoi ne pas attribuer à la suggestion hypnotique ce qui lui appartient en propre et ne peut-être remplacée que dans des cas exceptionnels et chez des *sujets hystériques* par la suggestion thérapeutique.

Concluons donc, avec Borel et Gilles de la Tourette, que l'agent le plus efficace pour la cure de ces affections est la suggestion hypnotique et puisque, pour combattre le bon combat, le praticien possède cette arme puissante, qu'il n'hésite pas à s'en servir dans l'intérêt d'un

malade souvent incurable autrement, malgré l'opposition du sujet, de la famille parfois, de l'entourage souvent. Qu'il soit tenace, persévérant, qu'il montre l'inocuité de ce procédé comparée à sa puissance, et le succès le plus éclatant récompensera son opiniâtreté raisonnée.

BIBLIOGRAPHIE

Borel. — Affections hystériques des muscles oculaires. (*Arch. d'ophth.* n° 6, 1886 ; n°s 2 et 4, 1887.)

— Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction par la suggestion hypnotique. (*Ann. d'oculistique*, Nov.-Déc. 1887.)

Charcot. — Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber. Leçon recueillie par Souques. (*Arch. de Neurologie*, vol. XXI, n° 63, mai 1891.)

Cuignet. — Névralgie ciliaire et perversions visuelles hystériques. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 34, 1873.)

Van Eeden. — Statistique, Belgique, 1889.

da Fonseca. — Nevropathia ocular hysterica. (*Archiv. Ophth. da Lisboa*, n° 4, 1884.)

Ibid. (*Arch. oph. da Lisboa*, mai-juin 1882.)

Gilles de la Tourette. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Tome I, p. 390 et seq. Paris 1891.

A. van Graefe. — Klin. Mitheilungen über Blepharo-spasmus. (*Arch. für ophth.*, XVI, 1, p. 90, 1871.)

Harlan. — Case of hysterical blindness with violent blepharospasm and mydriasis relieved by mental impression (*Transact. of the American Ophth. Soc.* 1889 et *New-York Med. Journ.* 26 juillet 1884.)

Hodges. — Hysterical closure of right eyelids cured by galvanism (*Lancet*, I, p. 378, 1871.)

Landesberg. — Affections de l'œil dépendant de l'hystérie. (*Journal of nervous and mental diseases*, vol. XIII, n° 2, février 1886.)

Lasègue. — Des hystéries périphériques. (*Arch. génér. de medecine*, juin 1878.)

Meyer. — *Revue générale d'ophthalmologie*, p. 97, 1885.

Pflüger. — Blepharospasmu. (*Bericht über die Universitäts Klinik in Bern*, 1881.)

Saint-Ange. — Contribution à l'étude de la cécité hystérique. (*Revue médicale de Toulouse*, n° 6, 1884.)

Seeligmuller. — Ueber intermittirenden Blepharospasmu. (*Klin. Monatsblätter für Augenheilk*, p. 203-205, 1875.)

Silver. — Hysterical ptosis. (*Lancet*, II, p. 117, 1872.)

Strawbridge. — Hysterical blepharospasm treated and relieved by forcible elevation of the eyelid. (*Transact Amer. Ophth Soc.* 1873, p. 30.)

W. Zehender. — Blepharospasmus von ein jahriger Dauer; temporar Geheilt durch auesserer.

— Auwendung von Jodtinctur. (*Klin. Monatsch. f. Augenheilk.*, XIII, 293, 1875.)

Voir en outre :

Archives de Neurologie : *passim.*

Revue de l'Hypnotisme : *passim.*

BIBLIOGRAPHIE

Du service médical dans les travaux de construction. Une campagne en Macédoine, par le Dr Barthe de Sandfort. Paris, Société des éditions scientifiques, 1897.

La relation que nous donne aujourd'hui M. Barthe de Sandfort est un chapitre particulier de l'hygiène, développé, très important aujourd'hui parce que les entreprises dont il parle seront certainement fréquentes à notre époque. Appelé à organiser le service médical dans la construction d'une voie ferrée en Macédoine, de Salonique à Constantinople, il nous fait comprendre, chemin faisant, tous les désiderata de l'hygiène dans les circonstances qu'il a traversées et comment il y a répondu. C'est une œuvre d'expérience personnelle et, partant, très intéressante.

Ce travail est divisé en deux parties ; la première intitulée : *Médecins et hôpitaux*, étudie les chantiers et leur régime au point de vue sanitaire, les organisations ouvrières, l'alimentation, puis les fonctions des médecins et l'organisation du service sanitaire, tout ce qui ensuite est relatif aux hôpitaux : matériel, médicaments, pharmacies, boîtes de secours, enfin le service du médecin à l'hôpital et sur la ligne. La deuxième partie donne l'étude du climat en Macédoine, relate l'état sanitaire des ouvriers, des agents, les maladies externes et internes, saisonnières et suivant les professions. Un chapitre sur le traitement du paludisme par la quinine, l'arsenic, l'eucalyptus, le pambotano contient des remarques très utiles. Enfin l'étude de la topographie médicale de la ligne intéressera ceux qui étudieront ces questions ou qui se trouveront dans des conditions où se trouvait lui-même l'auteur.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 février 1897. — Présidence de M. Chatin.

Du rôle physiologique des leucocytes a propos des plaies de la cornée, M. L. Ranvier. — On désigne sous le nom de *globules blancs du sang, cellules lymphatiques, leucocytes*, des éléments cellulaires qui se trouvent dans le sang ou dans la lymphe, et qui peuvent en sortir pour cheminer librement au sein des tissus. *Ces éléments appartiennent essentiellement au système vasculaire et, comme tels, doivent concourir à la nutrition des organes.* Cette proposition si simple, si naturelle, n'a cependant pas attiré l'attention. Cela provient, sans doute, de l'observation que l'on a faite de l'une des propriétés les plus surprenantes des leucocytes : mis en présence de particules solides, ils les prennent et les font pénétrer dans leur intérieur ; ils les mangent. Dès lors, on s'est laissé entraîner à penser qu'ils ne faisaient guère que cela. Aussi M. Metchnikoff n'a étonné personne lorsqu'il a soutenu que les cellules lymphatiques mangeaient les microbes et les rendaient inoffensifs. Il a cru devoir donner à ces cellules un nom nouveau, il les a appelées *phagocytes*. La phagocytose, c'est-à-dire la propriété qu'ont les cellules d'absorber des parties solides et de se les assimiler, était connue depuis longtemps; il convenait cependant, pour éviter une périphrase, et, aussi pour en faire ressortir l'importance, de la désigner par un nom spécial. Ce nom est bon ; mais celui de phagocyte est mauvais, parce qu'il fait croire qu'il s'applique à des cellules d'une espèce nouvelle alors qu'il s'agit d'éléments parfaitement connus sous un autre nom. Cette manière de faire engendre l'erreur et la confusion. Cette confusion est

d'autant plus regrettable que toutes les cellules, quelles qu'elles soient, peuvent manger ; elles mangent même des particules solides dans certaines conditions, comme je l'ai établi depuis longtemps. (Voir mes *Leçons sur le système nerveux.*)

La phagocytose ne saurait donc être attribuée aux seules cellules lymphatiques. Ce n'est pas une propriété qui leur est spéciale. Elles ont d'autres fonctions et des fonctions beaucoup plus importantes, au point de vue physiologique. Lorsque, suivant ces cellules dans leur migration, je les ai vues se fixer, s'accroître, acquérir une forme nouvelle, devenir des clasmatocytes, en un mot, j'ai pensé de suite qu'elles devaient jouer un rôle important dans la nutrition. Je n'ai point abandonné cette idée, et, aujourd'hui, je viens apporter quelques faits qui semblent la confirmer.

Parmi ces faits j'en rappellerai d'abord un qui est connu de tous : chaque fois qu'il survient, en un point du corps, de l'irritation quelle qu'en soit du reste la cause, il y a en ce point un apport de cellules lymphatiques. Des actions même purement physiologiques, comme la sécrétion des glandes, ne sauraient se produire avec une certaine intensité, sans qu'il y ait affluence de ces cellules. Il y en a dans la salive contenue dans la bouche. On en observe une notable quantité dans le liquide fourni par une glande salivaire excitée artificiellement : tous les physiologistes le savent.

J'en ai dit assez pour me faire comprendre. Je passe maintenant aux faits que j'ai recueillis en expérimentant sur la cornée du lapin.

Dans une note antérieure, j'ai montré que la plaie résultant d'une coupure superficielle de la cornée est comblée, au bout de vingt-quatre heures, par une masse épithéliale provenant du glissement des cellules du revêtement général de la membrane. Les cellules qui remplissent la perte de substance sont polyédriques et fort irrégulières. Leur forme semble dépendre surtout de la pression qu'elles exercent les unes sur les autres. Cette pression est sans doute considérable, car, si les bords de la plaie présentent des éraillures, ce qui arrive lorsque l'instrument dont on a fait usage ne coupe pas très bien, chacune de ces éraillures est occupée par des cellules épithéliales. Il peut même se faire, dans le cas où des lames cornéennes ont été détachées partiellement, qu'il se produise, sous forme de fusées, des bourgeons épithéliaux semblables à ceux du cancer. Voici une expérience facile à reproduire et qui montre ce phénomène avec la plus grande netteté : dans la région centrale de la cornée, on circonscrit, par quatre incisions superficielles, un parallélogramme ayant à peu près 3 millimètres de côté ; puis, au moyen d'une pince, on enlève par arrachement, d'un seul coup, l'épithélium et les lames cornéennes sous-jacentes. On produit ainsi une plaie en surface, dont le fond est fortement éraillé. Quarante-huit heures après, l'animal est sacrifié. La cornée détachée est durcie par la liqueur de Flemming. On y fait ensuite des coupes que l'on colore, soit par le picrocarminate d'ammoniaque, soit par l'hématoxyline. On y voit que l'épithélium, à partir des bords de la plaie, on en a gagné la surface. Il s'est étendu jusqu'au voisinage de son centre, mais en y laissant dénudée une petite partie qu'il n'a pas encore pu atteindre. Trois faits, parmi ceux que l'on observe dans ces préparations, me paraissent dignes d'attirer l'attention :

1° L'épithélium qui occupe la surface de la plaie présente les signes d'une multiplication cellulaire très active. On y observe, en effet, un certain nombre de noyaux qui montrent les diverses figures de la multiplication par la division indirecte.

2° Des cellules épithéliales ont pénétré en grand nombre dans les lacunes ou éraillures de la surface résultant de l'arrachement des lames cornéennes superficielles. Ces cellules forment, par leur ensemble, des bourgeons diversement enchevêtrés qui rappellent ce que l'on observe dans les cancroïdes.

3° La partie centrale de la plaie, celle qui n'a pas encore été recouverte d'épithélium, montre un nombre considérable de cellules lymphatiques. On croirait voir à ce niveau, dans le stroma de la cornée, un petit nodule purulent.

Les cellules lymphatiques sont beaucoup moins nombreuses dans les régions recouvertes d'épithélium, cependant depuis peu de temps. Il semble que ces cellules aient été refoulées peu à peu et contraintes de s'accumuler dans la région dénudée. Je comprends cependant les choses un peu autrement, et je suis conduit à le faire par des expériences. J'ai en effet constaté, il y a longtemps déjà (voir mon *Traité technique d'Histologie*), que les cellules lymphatiques sont attirées par l'air. On dirait aujourd'hui que l'air a, sur les cellules lymphatiques, une action chimiotactique positive. Quoi qu'il en soit, mes anciennes expériences me semblent expliquer la nouvelle. En effet, si les leucocytes se concentrent dans les parties dénudées de la cornée, c'est que ces parties, n'étant plus protégées par le revêtement épithélial, se trouvent directement au contact de l'air atmosphérique.

Si l'on examine maintenant avec un peu d'attention les cellules lymphatiques, accumulées dans la petite région du stroma de la cornée dépouillée de son épithélium, on remarque que la plupart de ces cellules sont claires, arrondies, limitées par un double contour et contiennent plusieurs petits noyaux. Ce sont là des globules de pus, comme je les ai décrits dans notre *Manuel d'Histologie pathologique*. Je les considérais alors comme des cellules lymphatiques mortes ou en voie de destruction. Depuis on a voulu faire des leucocytes polynucléés une espèce à part. Je n'en crois rien, parce que j'ai vu des leucocytes uninucléés se transformer, sous mes yeux, en leucocytes polynucléés.

Sans rien changer à ce que j'ai soutenu jadis, je crois pouvoir ajouter aujourd'hui que les cellules ainsi modifiées ont abandonné au tissu avec lequel elles sont en contact une partie des substances nutritives qu'elles charriaient.

Dans les plaies les plus simples de la cornée, celles qui résultent, par exemple, d'une seule incision, les cellules migratrices viennent de très bonne heure prendre part à l'action réparatrice. On en voit déjà un certain nombre dans les lèvres de la plaie, au bout de quatre heures. Quelques-unes d'entre elles arrivent jusqu'à la surface des sections, la dépassent même et tombent dans le liquide des larmes. Vingt heures plus tard, il y en a un nombre encore peu considérable. A ce moment, la solution de continuité est remplie de cellules épithéliales qui montrent tous les signes d'une suractivité nutritive. Elles sont grosses, chargées de suc, et leurs noyaux sont volumineux.

Elles ne peuvent accomplir ce travail sans être abondamment nourries. Ce ne sont pas des vaisseaux qui peuvent leur apporter leur nourriture, puisqu'il n'y en a pas dans la cornée ; ce ne sont pas non plus les canaux du suc,

puisqu'il n'y en a pas davantage. On pourrait invoquer l'imbibition ; elle me paraît insuffisante. Il me semble plus simple d'admettre que ce sont des cellules migratrices.

Qu'on les observe dans les lèvres d'une plaie résultant d'une incision ou dans le fond d'une plaie en surface, les cellules lymphatiques montrent toujours les mêmes caractères; elles ont perdu leur chromatine protoplasmique et leurs noyaux sont multiptes. Souvent aussi leur protoplasma ayant été entièrement dissous, leurs noyaux sont mis en liberté. Ces noyaux libres sont isolés ou groupés comme on les voit dans les cellules encore entières. Il y en a un nombre très variable et, comme ce nombre me semble dépendre de l'intensité de l'inflammation, pour m'en convaincre, j'ai imaginé l'expérience suivante : on a passé en séton, dans les lames superficielles de la cornée, un fil de platine capillaire. Il est survenu de la conjonctivite et il s'est accumulé du muco-pus autour de la partie libre du fil métallique. Deux jours après, on a sacrifié l'animal et fait des coupes dans la cornée perpendiculaires au trajet du fil. On conçoit que, dans ces conditions, il se soit fait une grande infiltration de cellules lymphatiques dans le stroma de la cornée au voisinage du fil. Là où elles étaient en très grand nombre, serrées les unes auprès des autres, elles paraissaient mortes, et le picrocarminate les laissaient incolores. Un peu plus loin, on leur trouvait les caractères que j'ai indiqués plus haut. Enfin il y a parmi elles un très grand nombre de noyaux libres. Quant aux cellules conjonctives, cellules fixes de la cornée, elles étaient volumineuses, chargées de suc et très bien colorées par le carmin.

Le nombre des noyaux des cellules lymphatiques, mis en liberté par la dissolution du corps cellulaire, paraît donc être en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires, comme je le pensais tout d'abord.

Je ne crois pas du tout que les phénomènes que je viens de décrire appartiennent en propre à l'inflammation.

Je suis convaincu que tous ces phénomènes, dits *inflammatoires*, ne sont que des phénomènes physiologiques ; ils sont plus intenses seulement et sont, en quelque sorte, semblables à ceux que l'on observe dans le développement embryonnaire. C'est pour cela que j'enseigne depuis trente ans, et, je le crois, avec raison, que l'inflammation ramène les tissus à l'état embryonnaire.

Au sein de l'organisme vivant et en pleine santé, il se détruit des cellules lymphatiques et leurs noyaux sont mis en liberté. Si on le voit plus aisément dans les tissus enflammés, c'est sans doute que, la vie y étant plus intense et plus rapide, toute évolution y est mieux marquée.

Les cellules migratrices, en cheminant au sein des tissus, peuvent donc leur abandonner une partie des substances qu'elles renferment, notamment leur cytochromatine ; il arrive même que leur protoplasma tout entier se dissout et que les matériaux dont il est formé se répandent dans le plasma nutritif au sein duquel vivent les organes. Si les leucocytes absorbent des particules alimentaires, c'est sans doute pour se nourrir ; mais ils peuvent aussi les abandonner après les avoir transportées plus ou moins loin. Ils vont dans toutes les parties du corps que les vaisseaux sanguins ne sauraient atteindre, la cornée par exemple.

Recherches expérimentales sur le mécanisme de l'hypérémie cutanée. — MM. L. Jacquet et Butte rapportent des faits montrant que, pour vaincre le tonus qui règle le calibre vasculaire et préside à ses modifications, la seule section du sympathique ne suffit pas : il faut, en outre, une irritation locale dont l'importance n'a pas été suffisamment mise en relief.

Rôle des images récurrentes dans l'irradiation des lumières brèves. — M. Aug. Charpentier. Dans deux notes précédentes (8 et 15 février 1897), j'ai isolé, dans les apparitions lumineuses diverses qui se produisent au voisinage d'une lumière instantanée, deux groupes de phénomènes différents, et j'ai analysé leur mode de production. Il me reste à envisager un troisième effet des excitations brèves, lequel vient souvent se superposer aux précédents et compliquer l'aspect général de la zone d'irradiation.

M. Sh. Bidwell a été frappé de voir un halo, ordinairement d'une nuance violacée, se développer et disparaître instantanément autour de la lumière présentée à l'œil. J'ai moi-même vu ce halo depuis le commencement de mes expériences; mais j'ai de plus été conduit, par l'étude de ses particularités, à le rattacher à des faits déjà connus.

Cet aspect exige, pour sa production, soit une lumière plus intense et surtout plus étendue, soit une excitation lumineuse plus longue que les précédentes. Il se montre surtout quand la zone de lumière diffusée optiquement autour de l'objet est nettement perceptible. Une lumière large (comme celle du bec Auer), placée derrière une grande plaque de verre dépoli, et très rapprochée de lui, montrera bien le phénomène, d'ailleurs déjà visible autour d'une simple lumière isolée.

Si, à l'aide de l'écran à fente qu'on fait passer plus ou moins vite devant l'œil, on produit des durées d'excitation un peu supérieures à celles qui ont donné les colorations spectrales décrites précédemment, on remarque facilement une zone lumineuse semblable à un voile jeté sur la plaque et qui serait doué de rétractilité ; en effet, en un temps très court, inférieur à une demi-seconde, ce voile se rétrécit de la périphérie au centre et disparaît.

C'est là le fait le plus constant ; il se montre consécutivement à une excitation brève, de durée plus ou moins prolongée, depuis quelques centièmes de seconde jusqu'à une, deux secondes et plus. Mais, pour les durées les plus faibles de cette série, ce mouvement de rétraction centripète est précédé d'un mouvement d'expansion centrifuge de la même zone lumineuse.

Ce halo contractile est à peu près de la même nuance que la lumière centrale, mais il pâlit avant de s'éteindre et devient souvent gris bleuâtre ou gris violacé.

Un phénomène plus singulier, et qui m'a d'abord beaucoup surpris, est la présence fréquente, au milieu de ce halo, d'un anneau noir, mince, bien limité, d'une épaisseur voisine de 1 millimètre ; cet anneau, concentrique à la lumière principale, sort de celle-ci, se dilate, puis se rétracte et disparaît, comme la zone lumineuse contractile dans laquelle il est plongé. Il est, comme cette dernière, plus facile à voir dans la seconde période ou période de retrait.

De plus, cet anneau noir n'est pas toujours simple ; il peut être suivi d'un ou deux anneaux noirs plus minces ou moins marqués, espacés de quelques millimètres, et qui reproduisent toutes ses évolutions.

Des expériences que j'ai faites pour varier les conditions de ces phénomènes, il résulte avec évidence qu'ils sont postérieurs aux manifestations colorées du début de l'excitation. Ils représentent une phase consécutive à l'excita-

tion, et non cette excitation elle-même. Ils ne sont, en effet, autre chose que l'image récurrente dont j'ai étudié les lois dans ma note du 13 janvier 1896. J'ai démontré que cette image récurrente apparaissait d'autant plus tôt et durait d'autant plus longtemps que l'excitation était plus intense. Or, autour de la source lumineuse, la zone de lumière diffuse a une intensité décroissante du centre à la périphérie ; aussi l'image récurrente de cette lumière diffuse commence-t-elle ici par apparaître au centre, puis elle apparaît successivement en des points de plus en plus excentriques jusqu'à la limite de la lumière diffuse ; mais, pendant ce temps, les zones déjà nées persistent, d'où la dilatation apparente du halo à son début ; il cesse ensuite, d'abord à la périphérie, moins lumineuse, et disparaît de proche en proche en persistant plus longtemps sur les zones plus éclairées qui se rapprochent du centre : c'est la période de retrait centripète. Sa durée, son moment d'apparition, sa nuance, tout concorde avec ce que nous savons déjà de l'image récurrente.

Quant aux anneaux noirs, ils indiquent simplement la production d'images récurrentes multiples, phénomène déjà connu. Ils représentent les intervalles d'obscurité qui séparent les unes des autres ces réapparitions successives de la lumière, et qui se manifestaient déjà sous la forme de bandes noires multiples dans mes expériences avec des secteurs lumineux en mouvement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1897. — Présidence de M. Gaventou.

La correspondance comprend de nombreux travaux envoyés pour les concours des prix de l'Académie.

Phosphorisme. — M. Magitot donne lecture à l'Académie de deux lettres émanant du directeur de l'une des plus importantes usines actuelles d'allumettes.

Dans ces lettres, l'auteur déclare se rallier complètement à la thèse soutenue par M. Magitot. Son opinion se résume dans les termes suivants : 1° Il y a impossibilité de supprimer industriellement le phosphore blanc ; 2° Il y a danger dans l'adoption de l'allumette amorphe, mesure qui serait « *pire que le mal* » en développant la fabrication clandestine et créant de nouveaux et bien plus graves foyers d'accidents ; 3° Il y a impossibilité de réaliser l'allumette non phosphorée sans rencontrer soit les explosifs, soit des substances tout aussi dangereuses peut être que le phosphore.

La conclusion forcée est donc d'appliquer à l'industrie des mesures d'hygiène en conservant la technique ordinaire et le phosphore blanc.

M. Magitot lit l'amendement qu'il propose au projet de loi de la Commission (*France Médicale*, n° 8, p. 117).

M. Vallin redit les conclusions de son rapport (*France médicale*, n° 7, p. 105).

M. Bouchardat demande à appuyer les conclusions du travail de M. Magitot, d'autant plus qu'il est actuellement impossible de supprimer le phosphore blanc. Dans tous les pays où on a cherché à supprimer le phosphore blanc, on a dû y renoncer. Il y a, d'ailleurs, en France, une usine celle d'Aix, où tout fonctionne parfaitement bien. Il est donc sage de s'en tenir aux conclusions de ce travail, avant de se lancer dans l'inconnu et dans des dépenses qui peuvent être considérables.

M. Vallin. Je désire parler de quelques phrases que j'ai trouvées dans le *Bulletin de l'Académie*. Le gouvernement belge a cru prudent de faire une enquête auprès des manufacturiers et auprès des ouvriers de la Belgique. Le compte rendu de cette enquête a été donné d'une façon tout à fait inexacte par M. Magitot. Il résultait de cette enquête, a dit M. Magitot, que la suppression du phosphore blanc était radicalement impossible. Cette erreur est d'autant plus regrettable que depuis longtemps je l'avais signalée à M. Magitot. Les fabricants belges et de nombreux ouvriers ont été invités à donner leur avis : ils ont tous conclu en demandant une loi qui interdit l'emploi, en Belgique, des allumettes au phosphore blanc, mais en conservant le droit de fabriquer ces allumettes pour l'étranger.

J'ai de même été surpris de trouver dans le Bulletin cette phrase de M. Magitot : « Je n'espère pas modifier les opinions préconçues de l'Académie et de M. Vallin. »

Nommés, M. Magitot, M. Ch. Monod et moi, membres de la Commission chargée d'examiner l'état sanitaire des fabriques d'allumettes d'Aubervilliers et de Pantin, nous avons fait sept séances de trois heures et demie chacune, je n'avais pour ma part avant cela aucune opinion, n'ayant jamais vu fabriquer une allumette. M. Magitot, au contraire, avait, avant la réunion de la Commission, son rapport tout près, ce qui prouve bien une idée préconçue.

M. Magitot nous dit que nous ne faisons pas œuvre d'hygiénistes en supprimant le phosphore blanc ; n'est-ce pas plutôt M. Magitot qui refuse de faire œuvre d'hygiéniste en supprimant un corps dangereux ?

M. Magitot nous a lu une déclaration d'un fabricant d'allumettes ; l'Académie n'a aucun compte à tenir de cette opinion. Aujourd'hui d'ailleurs un certain nombre d'industriels ont fabriqué des allumettes au phosphore rouge qui peuvent permettre de supprimer le phosphore blanc. M. Magitot ne parle donc pas en hygiéniste, mais en fabricant d'allumettes routinier.

M. Lereboullet. Un seul point diffère dans la conclusion du rapport et dans l'amendement de M. Magitot, c'est la suppression du phosphore blanc. La surveillance des ouvriers est extrêmement difficile ; si l'on se borne à demander l'assainissement des usines de Pantin et d'Aubervilliers, ce ne sera pas suffisant. L'Académie a plusieurs fois émis le vœu que le phosphore blanc soit supprimé le jour où l'on pourrait le faire. Le phosphore blanc est la cause du phosphorisme, cela est évident. Nous, hygiénistes, nous pouvons déclarer que toutes les mesures d'assainissement que l'on propose sont bonnes, mais que le phosphore blanc est insalubre et que s'il est possible de le supprimer, la question sera jugée.

M. Magitot. J'accepterais volontiers le moyen terme proposé par M. Lereboullet, mais je ne puis accepter cette opinion exprimée dans le rapport que la suppression du phosphore blanc soit de nécessité absolue. Il est certain que le maintien du phosphore blanc n'est pas incompatible avec la conservation de l'hygiène dans l'établissement. Les usines d'Alger, d'Oran et d'Aix montrent que l'emploi du phosphore blanc est compatible avec l'état sanitaire parfait de l'usine.

La question n'est pas encore suffisamment étudiée, peut-être y aurait-il lieu de faire un supplément d'enquête.

De toutes parts : « Aux voix !... Aux voix ! »

Les conclusions du rapport de M. Vallin sont adoptées à l'unanimité moins deux voix, celle de MM. Magitot et Bouchardat.

Sarcôme du sinus frontal. — M. Paul Berger fait un rapport sur une observation de sarcôme cellulaire du sinus frontal avec dégénérescence colloïde, présentée par M. Luc. L'auteur hésita longtemps entre un sarcôme et un empyème du sinus frontal. L'exophthalmie qui existait en même temps aurait dû faire penser à une tumeur solide.

Avant ce traitement, la malade était atteint de méningo-encéphalite, M. Luc a très bien saisi l'indication en allant directement par la profondeur chercher, jusque dans les centres cérébraux, la cause des phénomènes qu'il observait.

Cette observation laisse planer des doutes sur la pronostic. La malade est certainement menacée d'un retour de son mal ; cependant M. Luc ayant débarassé la totalité des parois du sinus frontal aura peut être une guérison définitive.

Commission de prix pour 1897. — *Académie* : MM. Duclaux, Laveran, Fernet. — *Alvarenga* : MM. Dumontpallier, Grancher, Guyon. — *Barbier* : MM. Chauveau, Labbé, Mégnin. — *Bourceret* : MM. Trasbot, Marey, Laborde. — *Buignet* : MM. Gabriel, Riche, Guignard. — *Capuron* : MM. Farabeuf, Bucquoy, Robin. — *Chevallier* : MM. Hérard, Dieulafoy, Lannelongue. — *Chevillon* : MM. Tillaux, Lucas, Championnière, Reclus. — *Civrieux* : MM. Luys, Ferrand, Magnan. — *Daudet* : MM. Guéniot, Pinard, Péan. — *Desportes* : MM. Blanchard, Duguet, Worms. — *Godard* : MM. Polaillon, Perier, Berger. — *Herpin* (de Genève) : MM. Potain, Motet, Huchard. — *Kard* : MM. Bouchard, Hayem, Debove. — *Laborie* : MM. Duplay, Terrier, Monod (Charles). — *Larrey* (Faron) : MM. Blache, Lereboullet, Delorme. — *Laval* : MM. Gautier, Landouzy, Brouardel. — *Meynot* : MM. Chauvel, Panas, Javal. — *Monbinne* : MM. Kelsch, Pozzi, Raifliet. — *Nativelle* : MM. Jungfleisch, Hanriot, Marty. — *Portal* : MM. Laboulbène, Lancereaux, Porak. — *Pourat* : MM. Duval, Sée (Marc), François-Franck. — *Ricord* : MM. Cornil, Hallopeau, Fournier. — *Vernois* : MM. Colin, Nocard, Vallin.

A 4 h. 1/2 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1897. — Présidence de M. Debove.

Manifestations nerveuses précoces du mal de Pott. — MM. A. Siredey et E. Grognot. La plupart des auteurs n'ont décrit dans le mal de Pott que les troubles nerveux contemporains de la gibbosité et des abcès par congestion. Il est permis de supposer que, dans bien des cas, il se produit certaines déterminations nerveuses à une époque où rien ne permet de soupçonner une altération vertébrale : ces troubles nerveux sont méconnus ou tout au moins ne sont pas attribués à leurs véritables causes.

Nous avons vu quatre malades chez lesquels les accidents nerveux se sont montrés longtemps avant l'apparition des phénomènes caractéristiques du mal de Pott. Chez l'un, des névralgies lombaires avaient précédé de plus de deux ans l'apparition d'un abcès par congestion ; chez un autre la paraplégie avait apparu deux ans environ avant l'abcès. Chez les deux autres, l'intervalle qui sépara l'apparition des accidents nerveux de ceux qui caractérisaient l'affection n'a pas été moindre de neuf à douze mois.

Il s'est agi dans un cas de paraplégie complète ; dans deux autres, de névralgies très violentes remarquables par leur persistance et par l'inefficacité absolue du traitement.

En présence de ces névralgies, il est difficile de songer à de graves lésions de la colonne vertébrale. La douleur, en effet, est un phénomène variable, mais, quand elle est tenace, persistante, rebelle à tout traitement, elle mérite de fixer l'attention. Mais, parmi les phénomènes que nous avons observés, il y en a deux qui, associés à la douleur, nous paraissent avoir une importance réelle : c'est l'exagération des réflexes qui témoigne d'une irritabilité toute particulière de la moelle, et la fièvre, indice d'une infection trop souvent due à la tuberculose.

M. Moutard-Martin. Il ressort de la communication de M. Siredey qu'en présence de névralgies des membres inférieurs, il faut avoir l'œil sur la colonne vertébrale, mais on peut ajouter que souvent une sciatique persistante reconnaît comme cause des lésions de l'os iliaque. On peut formuler cette règle clinique : dans toute névralgie rebelle, explorer le squelette, car c'est souvent dans une lésion osseuse que l'on trouvera la cause de la névralgie.

Ladrerie chez l'homme. — MM. André Petit et Levrey interne des hôpitaux, présentent un malade chez qui M. Petit fut mis sur la voie du diagnostic par la constatation, dans la région sus-épineuse droite, de deux petites tumeurs sous-cutanées, formant une légère saillie, de volume inégal, mobiles sous le doigt, indolores, recouvertes de peau saine. Il en existait dix autres, de mêmes caractères, dans diverses régions du tronc. Leur volume variait entre celui d'un gros pois et celui d'un petit grain de raisin. Elles ont une consistance plutôt cartilagineuse que lipomateuse.

En raison de la coexistence fréquemment signalée du *tœnia solium* et du *cysticercus cellulosæ*, M. Petit dirigea l'interrogatoire du malade dans ce sens, et acquit la preuve qu'il était, en effet, porteur d'un tœnia. Il mangeait beaucoup de viande de charcuterie.

L'examen, après ablation autorisée par le malade d'une de ces tumeurs, a montré tous les caractères du cysticerque invaginé dans sa vésicule. La tête, munie de crochets, était nettement visible. L'ophtalmoscope n'a révélé aucun cysticerque oculaire. Pas de trouble spécial permettant de soupçonner une atteinte des viscères.

Relativement à l'étiologie, elle n'est ni plus obscure, ni plus précise que dans la plupart des cas déjà publiés.

M. George Thibierge. J'ai en ce moment dans mon service un homme âgé de 60 ans, entré pour une pleurésie, et chez lequel trois petites tumeurs semblables à celles du malade de M. Petit mirent mon interne, M. Ravaut, sur la voie du dignostic de ladrerie. Son attention, du reste, avait été attirée de ce côté par la connaissance du fait de M. Petit, observé simultanément dans le même hôpital. Ce malade a eu lui aussi un tœnia dès l'âge de 28 ans.

La biopsie d'une des trois petites tumeurs a montré, au-dessous de l'aponévrose de l'avant-bras, adhérant aux fibres musculaires les plus superficielles, un kyste à paroi blanche et fibreuse renfermant une vésicule qui contenait le scolex type du tœnia armé.

Par les caractères des kystes à cysticerques, par leur coexistence avec la présence d'un tœnia dans l'intestin, ce

rentre dans les termes de la description classique de la rerie.

I. Barbier. En réalité, le diagnostic n'est fait que par xamen microscopique. La lipomatose généralisée donne i tumeurs fort comparables à celles de la ladrerie.

Cancer du canal thoracique. — M. Troisier. J'ai re-erché le cancer du canal thoracique dans les cas de pro-gation d'un cancer abdominal aux ganglions sus-clavicu-res, guidé par cette idée que ce vaisseau devait servir voie de transmission aux éléments néoplasiques.

J'en ai antérieurement observé trois cas. Voici un troi-me exemple tout à fait remarquable.

La lésion primitive est un épithéliome de l'estomac, avec généreseence des ganglions sus-aortiques, des ganglions médiastin et du ganglion sus-claviculaire gauche, yaux secondaires dans le foie et dans les poumons, avec nphangite cancéreuse. Le canal thoracique est dégénéré ns toute son étendue. Il est représenté par un cordon ir, un peu tortueux, ayant en moyenne le diamètre d'un ayon, d'une coloration jaunâtre ; la citerne de Pecquet t dilatée et comme injectée. A sa terminaison le canal oracique reprend son aspect à peu près normal, et son ouchement avec la veine sous-clavière est indiqué par pertuis à la face interne de ce vaisseau. Dans les deux remiers cas, il existait à ce niveau un champignon can-reux qui faisait saillie dans la veine. Des coupes prati-uées sur le canal thoracique montrent qu'il est complète-ent obturé. Son altération est la même que celle des aisseaux lymphatiques envahis par le cancer, telle que je ai décrite dans ma thèse sur les lymphangites pulmo-aires. En contact avec la paroi, un peu épaissie, se trou-ent plusieurs couches de cellules épithéliales semblables celles du cancer primitif, la partie centrale est formée ar une matière caséeuse.

L'envahissement du canal thoracique se fait de proche en roche. On peut suivre la progression de l'infection de-uis la lésion initiale jusqu'aux ganglions sus-claviculaires ont les vaisseaux efférents viennent se déverser dans anse du canal thoracique.

M. Mathieu. — Le ganglion sus-claviculaire, auquel on a ustement donné le nom de M. Troisier, a une valeur sé-néiologique incontestable lorsqu'il existe à l'état isolé. ans ces conditions il témoigne certainement d'une altéra-ion anatomique des organes abdominaux, mais un fait que e viens d'observer montre que cette altération n'est pas orcément cancéreuse. Il s'agit d'une femme chez laquelle 'avais diagnostiqué un ulcère simple de l'estomac, bien u'elle présentât le ganglion de Troisier. Elle a succombé, t, à l'autopsie, nous avons constaté que l'ulcération n'était ullement cancéreuse.

Parotidite unilatérale chez un saturnin. — M. P. E. aunois présente à la Société un jeune homme de 28 ans ui souffre, depuis dimanche, d'une parotidite simple, uni-atérale. Ce jeune homme est un saturnin et présente un iséré manifeste, on peut donc se demander si l'on se trouve ici en présence d'un cas d'oreillon vulgaire, ou bien d'un cas de parotidite saturnine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1897.
Présidence de M. A. Voisin, *Vice-président.*

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. Voisin fait observer qu'il n'a pas affirmé l'ouverture de la capsule rénale dans le cas de M. Brochin, et, renseignements pris, le chirurgien est allé jusqu'au rein, mais sans ouvrir la capsule.

M. Besnier fait remarquer que la Société dans sa discussion sur la publication des procès-verbaux n'a pas en vue la diminution des charges, mais la suppression de la publication dans le journal politique *La Liberté*.

M. Jullien répond que dans ses démarches il s'est inspiré de cette dernière idée, et que l'entrevue toute courtoise qu'il a eue avec la direction de ce journal a abouti à la rupture pure et simple du contrat.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels, *Bulletin de la Société de tempérance*; *Revue des Travaux scientifiques* (Ministère de l'Instruction publique) tome XVI nos 8 et 9 ; Dr Germe : *Travail sur la physiologie du cœur.*

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Pellier remerciant la Société des marques de sympathie qu'elle lui a données dans les circonstances douloureuses qu'il vient de traverser. Circulaire de l'institut Verneuil pour le traitement marin à la Baule-Escoublac (Loire-Inférieure). Lettre de M. le professeur Delore (de Lyon) membre correspondant, accompagnant l'envoi d'un travail *Sur le redressement brusque de la colonne vertébrale*; ce travail est inscrit à l'ordre du jour.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Spencer Wells (Thomas) de Londres, membre correspondant étranger.

A propos de la mort de cet éminent chirurgien, le président rappelle qu'étant interne de Nélaton, lequel ignorait complètement l'ovariotomie, ce dernier fit un voyage à Londres pour assister à une opération de Spencer Wells ; il revint quatre jours après, rapportant un énorme kyste ovarique, et absolument convaincu par l'opérateur anglais des avantages de cette opération. Ce simple souvenir montre la grande influence qu'exerça Spencer Wells sur la chirurgie française.

Un membre de la Société ayant bien voulu se charger de prendre connaissance d'un livre de théories philosophiques sur *Les origines des épidémies*, donne au sujet de cette publication quelques renseignements oraux, à la suite desquels il est décidé que, aucune commission n'ayant été nommée, il n'y a pas lieu actuellement de donner suite à la demande de candidature formulée par l'auteur.

Rapport sur les travaux de M. Frenkel, candidat comme membre associé résidant. — M. Leudet. Messieurs, Dans une de vos dernières séances, M. Frenkel, docteur ès sciences de l'Université de Saint-Pétersbourg, vous a lu un travail *Sur un nouveau procédé d'application de l'aldéhyde formique*, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé résidant. Nommé rapporteur de la Commission chargée d'examiner ce travail, je n'aurai que peu de mots à dire pour faire ressortir tout l'intérêt de la communication de M. Frenkel. Nous savons tous que le

formol est un liquide antiseptique très énergique et non toxique. Son pouvoir désinfectant a été nettement établi par des expériences récentes, pratiquées dans une des salles de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, sous la direction de M. le Dr Bosc, professeur agrégé.

Il résulte de ces expériences que les vapeurs sèches de formaldéhyde détruisent les germes pathogènes, pourvu que ces vapeurs arrivent au contact des dits germes : sans contact, pas d'action bactéricide. Le formaldéhyde serait donc un antiseptique efficace, mais pour les surfaces seulement.

Peut-être pourait-on le faire pénétrer plus avant à l'aide d'un appareil qui produirait un dégagement de vapeurs rapide et abondant, de façon à saturer l'atmosphère de la chambre à désinfecter, et à prolonger le contact avec l'objet contaminé.

Tous ces essais de désinfection par les vapeurs de formaldéhyde sont du reste d'ordre plutôt industriel que médical et la communication de M. Frenkel, à laquelle je reviens, ne vise, en réalité, dans le formol que le médicament et ses procédés d'application dans un but thérapeutique.

M. Frenkel vous a montré l'appareil dont il se sert, et vous l'a décrit.

Cet appareil est aussi simple qu'ingénieux. C'est une sorte de brûleur qui volatilise vite, sans laisser dégager aucun gaz délétère, les substances liquides, désinfectantes ou médicamenteuses, versées sur la soucoupe en amiante qui le surmonte.

Le produit employé est la *polzine*, combinaison de 60 0/0 d'aldéhyde formique et de 40 0/0 de menthol; son caractère est de s'évaporer entièrement sans laisser de résidu.

Je ne veux retenir et citer qu'une seule des expériences de M. Frenkel instituées pour constater l'action nettement bactéricide de cette substance : c'est la quatrième expérience dans laquelle des crachats, contenant de nombreux bacilles de Koch, après avoir séjourné pendant 3 heures dans une atmosphère de polzine vaporeuse, ont été ensemencés sur de la gélatine et n'ont pu produire aucun développement bactérien. Mais le même brûleur, qui sert à produire dans une chambre des vapeurs désinfectantes et destructives de toute vie microbienne, peut également servir à provoquer des gaz médicamenteux, propres à la respiration des malades.

Il s'agissait tout à l'heure de gaz désinfectants et irrespirables; il s'agit maintenant d'une combinaison telle de formol et de menthol, que celle-ci cesse d'être un parasiticide pour devenir un médicament.

Cette nouvelle substance, appelée *polzinol*, vaporisée par le même appareil, a déjà donné d'excellents résultats dans les bronchites, la coqueluche, voire la phtisie dans ses poussées irritatives et congestives.

Ainsi, nous aurons avec les combinaisons d'aldéhyde formique et de menthol un agent à la fois hygiénique et thérapeutique, un agent qui produirait une véritable stérilisation de l'air, et qui, sous une forme atténuée, permettrait de faire respirer à certains malades des vapeurs de formol raréfiée par une atmosphère de menthol. Il vous appartient, Messieurs, de vérifier les faits.

Ce que je dois ajouter, c'est que j'ai l'honneur de connaître M. Frenkel depuis trois ans, que je lui confie depuis ce temps l'examen des crachats de mes bronchitiques et de mes phtisiques et que je n'ai eu qu'à me louer de son [illegible] voir et de son honorabilité.

Il ne peut manquer d'occuper une place importante [illegible] cette classe d'associés nationaux que nous voulons rest[illegible] rer à si juste titre.

M. Martha désire à propos du travail de M. Frenkel fa[illegible] quelques remarques. Il regrette que M. Frenkel n'ait [illegible] eû connaissance des travaux de MM. Roux et Trillat, V[illegible] lard et Lemoine parue dans les *Annales de l'Institut P[illegible] teur* : il aurait trouvé là des renseignements intéressa[illegible] relatifs à l'aldéhyde formique. Il est regrettable que, d[illegible] ses expériences, M. Frenkel fasse des cultures sur gélat[illegible] qu'il place dans une étuve à 30°, la gélatine fondant à 2[illegible]

Dans une expérience entreprise pour montrer l'acti[illegible] bactéricide de l'aldéhyde formique, M. Frenkel, après av[illegible] exposé des crachats tuberculeux à ces vapeurs, ensemen[illegible] ces crachats dans de la gélatine, et constate que la cultu[illegible] reste stérile. Mais M. Frenkel a oublié dans ces expérien[illegible] que les bacilles de Koch ne poussaient que dans du bouill[illegible] glycériné ou sur serum solidifié.

Les conclusions favorables du rapport de M. Leudet s[illegible] adoptées.

Le vote aura lieu à la prochaine séance.

Rapport sur la candidature du Dr Baraduc, méde[illegible] consultant aux Eaux de Chatel-Guyon, au titre de mem[illegible] correspondant national. — M. Henry Morau. Vous m'a[illegible] chargé, messieurs, de vous présenter un rapport sur[illegible] candidature du Dr Baraduc, de Chatel-Guyon, au titre [illegible] membre correspondant de notre Société. Ce rapport [illegible] demandé quelque temps, car l'œuvre médicale de no[illegible] distingué confrère est considérable et pleine de vues [illegible] ginales et personnelles.

Rompant avec l'habitude, je ne vous citerai pas la li[illegible] entière des publications de notre confrère; je n'en reti[illegible] drai que quelques-unes : *Traitement et indications th[illegible] rapeutiques de Chatel-Guyon* (Chaix, 1894). — *De la d[illegible] pepsie gastro-intestinale de l'entérite chronique.* (Gern[illegible] Baillère). — *Entérite muco-membraneuse*, son traiteme[illegible] (Chaix, 1894).

Dans le premier de ces ouvrages, « Châtel-Guyon — Tr[illegible] tement et indications thérapeutiques », notre distingu[illegible] confrère nous fait connaître d'une façon magistrale u[illegible] station thermale dans laquelle il exerce depuis plus [illegible] 20 ans, et qui, dans les affections gastro-intestinales, [illegible] particulier, doit nous rendre de réels et utiles services. [illegible] effet, chlorurées-sodiques et magnésiennes, bicarbonat[illegible] mixtes, lithinées et fortement ferrugineuses, les eaux [illegible] Chatel-Guyon se recommandent à notre attention non se[illegible] lement par leur composition chimique, mais encore par [illegible] débit considérable de ces sources que notre confrère éval[illegible] à près de 2 millions de litres par 24 heures, et par la te[illegible] pérature des eaux qui oscille entre 24° et 38° centigrad[illegible]

Ce qui m'a frappé dans l'œuvre de notre confrère, c'[illegible] qu'il ne s'est pas contenté de suivre les préceptes d'un e[illegible] pirisme plus ou moins vague et s'est toujours appliqu[illegible] à rechercher avec l'expérimentation physiologique, l'act[illegible] de l'agent thérapeutique qu'il avait en main. Après av[illegible] cité les expériences de Laborde et d'Aguillon de Sarran [illegible] l'action du chlorure de magnésium sur le tube digestif, [illegible] Dr Baraduc étudie par lui-même l'action plus complexe [illegible] ce même sel associé aux autres principes minéraux de l'e[illegible] de Châtel-Guyon. De ces expériences nous devons rete[illegible]

fait, on ne peut plus remarquable, de l'excitabilité contractile des tuniques musculaires du tube gastro-intestinal surtout celui de l'hypersécrétion des glandes de cette muqueuse. Il y a dans la constatation de ce double fait physiologique une déduction thérapeutique importante à noter, c'est l'action toute spéciale que semblent avoir ces eaux sur la contractilité de la fibre musculaire lisse.

Cette action est si évidente qu'elle est bientôt complétée par une autre constatation non moins importante ; je veux parler de l'hypersécrétion biliaire observée par notre confrère au cours de ses expériences.

Ces deux faits expérimentaux permettent de bien saisir l'action bienfaisante des eaux de Chatel-Guyon. En effet, elles ne sont pas, comme l'a démontré le Dr Baraduc, des eaux à proprement parler purgatives, comme celles de Contrexeville, Hunyadi Janos ou autres, qui, en somme, ne déterminent que l'exagération pathologique d'une fonction naturelle, bientôt suivie d'ailleurs d'une réaction inverse ; mais bien au contraire de simples stimulants de la contractilité musculaire lisse et par suite de la sécrétion plus active de la muqueuse sur laquelle elles agissent. Ce fait confirme, ce qu'a bien vu le Dr Baraduc, que ces eaux, habilement maniées, peuvent avoir une action très lente et toujours soutenue. Ce fait est si vrai que le Dr Baraduc n'hésite pas à les considérer comme régulatrices des fonctions intestinales.

Mais là ne s'arrête par le rôle thérapeutique des eaux de Chatel-Guyon. — Notre confrère nous montre successivement, avec preuves à l'appui, leur action sur la peau et la circulation périphérique, leur action décongestionnante sur les organes internes, etc., etc.

Dans cet ordre d'idées notre distingué confrère étudie plus spécialement les affections gastro-intestinales et dans une brochure, *sur le traitement de l'entérite muco-membraneuse*, dont la si minime pagination, ne diminue pas cependant l'importance et la valeur, nous trouvons en douze pages les vues les plus originales et les plus justes sur une affection qui fait l'objet de nos études depuis longtemps.

Avec un grand sens clinique, notre confrère nous montre la cause la plus fréquente de cette maladie, *la constipation*. A ce propos, nous nous permettons de ne pas être entièrement d'accord avec lui. Assurément la constipation est le plus grand facteur pathogénique, mais elle n'est elle-même qu'un symptôme, dont les causes originelles peuvent être multiples et nombreuses.

En effet, chez les neurasthéniques, les débilités, le défaut d'énergie musculaire, la paresse de la musculature gastro-intestinale peut entraîner la dilatation stomacale d'abord, puis l'entéroptose et enfin en dernier lieu l'entérite muco-membraneuse.

Nous avons montré, dans cette Société même, que nous pouvions grouper les causes de l'entérite muco-membraneuses en deux grandes classes : 1° les causes purement mécaniques; 2° les causes infectieuses. Je viens de vous signaler une troisième cause, la parésie musculaire d'origine nerveuse.

Je ne reviendrai pas sur la description de chacune de ces causes — elles sont encore présentes à vos mémoires, — car j'ai hâte de rentrer en communion d'idées avec mon confrère.

Avec lui, en effet, je ne saurais trop insister sur la ténacité, quelquefois désespérante, de cette affection. Tenacité d'autant plus grande que l'usage inconsidéré et fréquent des purgatifs, surtout des purgatifs salins, en est un des principaux agents.

Aussi, avec le Dr Baraduc, je dirai que, dans cette affection, il faut avant tout chercher la cause — qu'elle soit névropathique, mécanique par stase, tumeurs de l'abdomen ou du petit bassin, déviations utérines, etc., où d'ordre infectieux, c'est-à-dire propagation d'une infection de voisinage par la voie lymphatique, — il faut s'appliquer tout d'abord à supprimer cette cause.

2e Il faut instituer un régime alimentaire spécial. A ce point de vue encore je suis heureux de voir mon expérience personnelle absolument d'accord avec celle de notre confrère. Si dans les cas aigus, avec poussées inflammatoires, le régime lacté est indiqué, il faut bien se garder de le prolonger et d'en faire un régime exclusif. Ce serait s'exposer à de graves mécomptes. Je me souviens à ce propos d'un fait personnel. Un officier général, retour d'une campagne au Sénégal, puis au Tonkin en sort avec les signes classiques de l'entéro-colite infectieuse des pays chauds. Il est mis au régime lacté exclusif et passe six mois à la campagne. A son retour les phénomènes morbides ont cessé : il n'y a plus de sang dans les gardes-robes — plus de ténesme, etc., etc. — Le régime lacté est continué. Deux mois après, douleurs atroces, expulsion de fausses membranes, dans lesquelles je ne puis à mon laboratoire de la Faculté retrouver traces de fibrine. C'est du mucus concrété, avec de nombreuses cellules épithéliales. Mon malade est désespéré, renonce à la médecine et aux médecins et me déclare vouloir manger une soupe aux choux avec du jambon. On passe outre à mes objurgations, le repas est bien supporté, et dès ce jour l'alimentation se compose uniquement de bière pour boisson, d'œufs, de viandes noires saignantes et grillées, bien machées.

Dix jours se passent sans accident, le 11e jour une selle, moulée et recouverte de pseudo-membranes, extrêmement douloureuse. J'institue le traitement que j'avais jusqu'alors mis en usage, — c'est-à-dire, alimentation mixte, — grands lavages rectaux avec la solution argentique à 1/4000, et après deux mois l'amélioration est complétée par une saison à Plombières. Il y a de cela trois ans et mon malade, en retraite aujourd'hui, ne souffre pas ou presque plus de son intestin.

Aujourd'hui que je connais par des faits probants les eaux de Chatel-Guyon, je n'hésiterai plus à en faire bénéficier mes malades de cette catégorie.

Tels sont, messieurs, les quelques réflexions que m'ont suggérées les travaux du Dr Baraduc. Vous avez pu, comme moi, vous convaincre de leur sincérité et de leur véritable valeur scientifique et j'espère qu'ils motiveront de votre part un vote unanime.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

Rapport sur les travaux de M. Bonnet, candidat au titre de correspondant. — M. Fraigniaud. M. le Dr Bonnet, de Romans, en demandant le titre de membre correspondant de la Société de médecine de Paris, vous a fait parvenir plusieurs travaux importants, entr'autres :

Une observation d'empoisonnement volontaire, par les gouttes amères de Baumé. Une observation de fistules biliaires cutanées, chez une femme de 50 ans, n'ayant jamais eu ni douleurs d'estomac, ni ictère, ni coliques hépatiques,

et qui se terminèrent, après l'issue d'une dizaine de calculs, par la guérison complète, sans intervention chirurgicale M. le secrétaire général vous a donné connaissance, dans la dernière séance, de ces deux observations intéressantes et rares. Un mémoire sur les hernies musculaires, qui ne s'observent pas non plus couramment. Il en fait connaître l'étiologie qui ne peut être, dit-il, qu'une ouverture de l'aponévrose, par un projectile, une incision, un effort violent, ou des frottements répétés et des contractions plus ou moins permanentes de certains muscles, comme dans l'équitation notamment. Le diagnostic de cette affection peut, paraît-il, présenter quelques difficultés et exposer à des erreurs. Il n'indique pas d'autre traitement que l'application d'un bandage contensif. Enfin une étude histologique et clinique du carcinome stomacal et de ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. Le sujet qui a fourni l'occasion de ce travail, je ne dirai pas plus intéressant, mais plus important que les autres, est un homme de 34 ans, ayant eu la scrofule dans son enfance et présentant, depuis l'âge de 11 ans, une scoliose très marquée. Ce malade, entré à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, pour une maladie d'estomac, y a été suivi et observé pendant près de deux ans, jusqu'à sa mort. Durant la première moitié de son séjour à l'hôpital, il a tous les signes d'une affection organique, douleurs épigastriques, vomissements, hématémèses. On porte le diagnostic, d'ulcère rond de l'estomac. Il ne présente rien du côté de la poitrine. Dans la seconde partie du séjour qu'il y fait, les symptômes se compliquent ; bronchite, toux quinteuse, traces de pus dans les crachats, râles cavernuleux, sueurs nocturnes, le malade meurt phtisique. L'autopsie a permis de constater ces deux affections qui avaient évolué presque concurremment. Du côté des poumons, cavernes aux sommets, granulations grises, tubercules miliaires jaunes. Du côté de l'estomac réduit au volume du poing, les signes certains d'un cancer encéphaloïde. L'examen histologique, fait avec le plus grand soin, n'a laissé aucun doute. La coexistence de ces deux affections, niée autrefois par les auteurs les plus compétents, reste donc démontrée non seulement par ce fait, mais de plus par la réunion de 17 autres faits semblables, recueillis par le Dr Bonnet et réunis dans son travail.

Quels sont les rapports que ces deux diathèses ont eus entre elles et, plus généralement, comment se comportent les diathèses les unes vis-à-vis des autres ? Telle est la question bien ancienne que M. le Dr Bonnet s'est trouvé naturellement porté à soulever de nouveau. Restent-elles toujours immuables et antagonistes ? Peuvent-elles se transformer l'une dans l'autre ? En vivant sur un même sujet, conservent-elles leur individualité, sans nullement s'influencer, ou ne sont-elles que des apparences diverses d'un même état morbide ? Voir deux maladies diathésiques évoluer à la fois sur une même personne est chose assez rare, qui s'observe cependant : tels le rhumatisme et la goutte, tels le cancer et la scrofule, le sujet de l'observation fut un scrofuleux autrefois. Mais le cancer et la tuberculose se voient moins souvent ensemble. L'observation de M. le Dr Bonnet et celles qu'il a rassemblées en sont cependant des exemples. C'est par des faits qu'on pénétrera de plus en plus dans ces questions de pathogénie Si certaines diathèses ne présentent entre elles aucun rapport, il en est d'autres qui en ont de tellement évidents qu'il est bien difficile de ne pas admettre un certain lien de parenté entre elles (1). « Tu as la goutte, j'ai la gravelle, écrivai Erasme à son ami, nous avons épousé les deux sœurs. » Cette parenté s'en tient-elle toujours là, certaines combinaisons n'arrivent-elles jamais à se produire à la suite de ces affinités ? C'est ce qu'on peut se demander, en voyant combien les maladies sont aujourd'hui diverses et répandues. Je sais bien qu'en parlant ainsi, on court le risque de sortir de l'orthodoxie, aussi je reviens vite à la conclusion de M. le Dr Bonnet, qui est celle-ci : « Nous concluons avec notre savant maître, M. le prof. Grasset, qu'à l'heure actuelle, nous ne pouvons reconnaître aucune parenté entre le tubercule et le cancer, mais par son action débilitante sur l'économie, il peut disposer à contracter la tuberculose. » Telle était l'heure actuelle de ce travail écrit en 1887, quelle sera l'heure de demain ? Vous voyez, Messieurs, par ces quelques aperçus, combien cette étude est intéressante. Je me plais à féliciter l'auteur du soin qu'il a mis à la rendre précise et claire, par ses recherches et les documents qu'il y a apportés.

Titres scientifiques du Dr Bonnet, de Romans. — Docteur de la Faculté de Montpellier (12 août 1885). — Lauréat de la même Faculté (prix 1881, mention honorable 1882). — Aide de physique à la Faculté (concours 1881). — Interne des hôpitaux de Nîmes (concours 1884). — Médecin assermenté (arrêté du 3 janvier 1888). — Officier d'Académie (17 juillet 1888). — Membre collaborateur de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* (1886-1891, année de la cessation de publication de ce journal). — — Rédacteur-correspondant à la *Revue populaire de médecine et de pharmacie de Montpellier*. — Membre correspondant de la Société médico-pratique de Paris (Délibération du 7 décembre 1887, et de la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de l'Isère (1896). — Médecin de l'Hôpital-hospice de Romans. — Aide-major de l'armée territoriale.

Travaux scientifiques. — Thèse : Etude histologique et clinique du carcinome stomacal et de ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, mention obtenue : Très bien. — 2e édition, précédée d'une préface par le professeur Castan, doyen de la Faculté de Montpellier, avec deux planches en chromolithographie.

Essais sur les hernies musculaires (avec une planche). — Mémoire lu à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, inséré dans la *Gazette hebdom. de sciences médicales* (nos du 24 et 31 juillet 1886). — Du traitement de l'orchite par la compression (*Gaz. des sc. méd.* 11 décembre 1886). — Un cas d'intoxication par l'ammoniaque (*Gaz. des sc. méd.*, 7 mai 1887.) — Du procédé de Defer dans le traitement de l'hydrocèle (même journal 15 octobre 1887 . — Relation de l'épidémie rubéolique de la Drôme 1887 (*Gaz. des sc. méd.*, 14 avril 1888). — Articles de vulgarisation parus en 1888, dans la *Revue populaire de médecine* : De l'épistaxis ; de l'hémoptysie ; nature et contagion du cancer. Articles parus en 1896, dans le *Dauphin médical*, de Grenoble : Corps étranger de l'urèthre (no d'avril) — De l'oxygène dans le traitement de la gangrène symétrique des extrémités (juillet). — Fistule entéro-cutanée due aux ascaroïdes lombricoïdes (octobre).

M. le Dr Bonnet, docteur et lauréat de la faculté de Montpellier, ancien interne des hôpitaux de Nîmes, est médecin de l'hôpital et hospice de Romans, etc., etc. Votre

(1) Préface du professeur Castan, doyen de la Faculté de Montpellier.

mmission vous propose de lui ouvrir largement les portes notre société, en lui conférant le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

M. Dubuc fait observer que l'idée de M. Bonnet n'est pas ouvelle, car M. Burdel (de Vierzon) a déjà signalé la coïncidence de la tuberculose et du cancer.

M. Fraigniaud répond que M. Bonnet a précisément ommé M. Burdel dans son travail.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées. Le ote aura lieu à la prochaine séance.

Rapport sur les travaux de M. Humbert Mollière (de yon), candidat comme membre correspondant. — M. Glénard. Messieurs, celui d'entre vous auquel vous avez confié la mission de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Mollière, n'a pas à se plaindre. S'il n'a pas les qualités qui si souvent font des rapports qui vous sont ommuniqués, un vrai régal pour l'esprit, vous ne vous en percevrez pas, car les travaux de M. Mollière renferment ssez d'enseignements pour qu'il n'y ait pas lieu de chercher ailleurs que dans leur simple exposé une source de uissant intérêt.

Parmi ces publications très nombreuses et toutes marquées au coin du sens clinique le plus sagace et le plus xpérimenté et de l'érudition la plus documentée, que I. Mollière a faites depuis trente ans — car la première emonte à 1867 — je choisirai avec l'auteur lui-même celles our lesquelles l'envoi qu'il nous en a fait montre qu'il a me prédilection particulière.

Ce sont, en pathologie médicale, les deux études bien onnues sur la nosographie du purpura et sur la fièvre de a chlorose.

La maladie de Werlhoff est-elle une entité morbide ou ien la petechianose n'est-elle qu'un symptôme propre à lusieurs affections caractérisées, pour la plupart, par une ltération plus ou moins profonde dans la composition du ang et par des désordres du côté du système nerveux qui réside à la contraction des vaisseaux par une sorte d'état ataxique de ces vaisseaux. En 1874, à l'époque où M. Mollière publia ce travail, la maladie de Werlhoff était considérée comme une entité morbide. Apportant à l'appui de son opinion dix observations inédites, et dans lesquelles seules les hémorrhagies sous-cutanées ont été constantes quoique essentiellement variées et par leur forme et par leurs causes, et par l'ensemble des symptômes coexistant avec elles, M. Mollière conclut que la maladie de Werlhoff n'est pas une entité morbide comme le rhumatisme aigu et les fièvres éruptives; que les éruptions de purpura peuvent se rencontrer chez des sujets présentant la constitution et l'état général les plus variés, depuis la santé parfaite jusqu'aux cachexies les plus avancées; que les hémorrhagies sont dues à la fragilité des vaisseaux, celle-ci imputable le plus souvent à une sorte de diathèse hémorrhagique atténuée, et enfin que l'emploi des acides minéraux constitue le traitement le plus efficace de cette affection; ces conclusions n'ont-elles pas été ratifiées dans la suite, et ne s'entend-on pas aujourd'hui pour affirmer la nature purement symptomatique des pétéchies et l'illusion d'un classement qui, à l'exemple de celui de Neumann, admettrait autant de variétés de la maladie avec variétés correspondantes dans l'étiologie qu'il y en a dans la forme des affections hémorrhagiques du système cutané?

C'est en 1882 que M. Mollière signala l'existence de l'élévation de la température et des exacerbations fébriles chez les chlorotiques. L'importance de cette découverte peut se mesurer par l'intérêt et l'étonnement qu'elle excita tout d'abord, puis par l'oubli que trahirent bientôt un certain nombre d'auteurs, curieux de contrôler les phénomènes, en omettant de citer le nom de Mollière. Il était alors classique de croire que la température est abaissée dans la chlorose comme dans les autres anémies; et M. Mollière venait, thermomètre en main, démontrer l'erreur et rendre hommage à la sagacité des anciens qui désignaient la chlorose sous le nom de « fébris alba virginum ». Il s'agissait bien d'une fièvre véritable. Chez toutes les chlorotiques prises indistinctement, dit Mollière, la température rectale oscille entre 37°,8 et 38°,8 tant que persistent les symptômes ordinaires de la chlorose, et cela pendant des mois, pour descendre d'un degré à mesure qu'ils s'atténuent et se maintenir strictement dans les limites d'un degré au-dessous, au moment de la guérison. De plus il y a chez elles, et sans cause apparente, de véritables exacerbations fébriles avec ascensions allant quelquefois bien au-dessus de 39° et même, rarement il est vrai, dépassant 40° pendant un, deux et même plusieurs jours. Mollière note en passant que l'influence de la menstruation sur la température rectale est à peu près nulle chez ses malades. En tous cas il n'y a jamais d'abaissement au-dessous de la normale et c'est par le fait que, au lieu de prendre la température dans le rectum, ils la prenaient sous l'aisselle, qu'il faut expliquer l'erreur des auteurs, comme M. Peter, qui soutenaient cette opinion.

En présence de cette constatation nouvelle, il fallait remanier la pathogénie de la chlorose. Des deux théories qui se présentaient à M. Mollière la théorie qui fait de la chlorose une pyréxie, ou la théorie nerveuse, d'après laquelle c'est à l'excitation des centres thermiques qu'il faut attribuer l'élévation de la température, c'est à la première que se rallia tout de suite M. Mollière, devançant ainsi la pathogénie actuelle qui, basée sur l'existence de la fièvre, fait de la chlorose une maladie infectieuse par autointoxication. La belle découverte à laquelle restera attaché le nom de Mollière montre bien comment l'on doit traiter la chlorose pour en abréger la durée. Elle a donc la plus haute portée pratique. Tout en confirmant la prescription jusque là empirique de la diète lactée et des douches froides, elle indique formellement l'antisepsie, soit des organes génitaux, soit surtout de l'intestin, en particulier par les évacuants, dont le teint des malades, qui avait aussi fait jadis donner à cette maladie le nom « d'icteritia alba » justifie si bien qu'on recherche l'action cholagogue. Saluons en passant les anciens qui avaient si bien pressenti la fièvre et la perturbation hépatique de la chlorose, comme ils ont vu tant d'autres choses, sur lesquelles il semble que l'oubli se soit fait, pour que nous ayons la joie de les découvrir. Quels progrès dans notre science n'eussent pas réalisés ces remarquables observateurs s'ils avaient eu nos moyens d'investigation! Mais peut-être n'eussent-ils pas été aussi grands cliniciens!

On peut pourtant être analyste et rester clinicien. Rester clinicien, c'est laisser à son plan, dans le tableau morbide, le détail, le fait nouveau que l'on a découvert ou précisé. La condition expresse c'est que, dans les recherches de précision, l'on ne perde jamais de vue le complexus symptomatique du malade. Tous les travaux de M. Mollière sont les travaux d'un vrai et éminent clinicien.

En sa qualité de clinicien militant, toujours sur la brèche

pour apporter la contribution de sa riche expérience personnelle, et pénétré de l'idée que le culte de la clinique doit être le culte de l'art de guérir, encore plus que celui de l'art d'observer, M. Mollière ne pouvait moins faire que de prendre position dans les débats passionnés, soulevés, il y a vingt-cinq ans, au sein de l'École de Lyon, par l'application de l'eau froide au traitement de la fièvre typhoïde. La lutte, qui devait se terminer par le triomphe, aujourd'hui partout incontesté en France, de la médication systématique par les bains froids, dura quinze ans à Lyon, vingt ans à Paris. Cette médication constitue, à n'en pas douter, la plus grande conquête médicale du siècle, comparable en vérité à la conquête chirurgicale qu'est l'antisepsie, mais infiniment plus difficile, infiniment plus méritante qu'elle pour ses défenseurs. Il nous suffira de rappeler que, dans les temps héroïques de la lutte pour les bains froids, les cas de mort retombaient sur la tête de ceux qui avaient eu recours à la nouvelle méthode. Un *caveant consules* fut prononcé solennellement contre eux par un des premiers représentants de l'enseignement médical en France, tandis que, au contraire, dès qu'apparut l'antisepsie chirurgicale, il fut évident pour tous que son emploi était la seule condition certaine du succès opératoire.

De 1874, c'est-à-dire dès les premières discussions engagées dans les sociétés médicales lyonnaises, nous voyons M. Mollière descendre dans l'arène; c'est lui qui, deux ans plus tard, sera chargé par la Société des sciences médicales de faire le rapport sur la valeur comparative des bains froids et des traitements médicamenteux, d'après les documents amassés au cours d'une épidémie récente de fièvre typhoïde : cette épidémie venait de frapper 2.000 personnes à Lyon, un grand nombre avaient été baignées; à l'Hôtel-Dieu, chaque jour on donna plus de 600 bains, un jour jusqu'à 1.000 bains; à ce moment partisans et adversaires des bains froids formaient à Lyon deux camps à peu près égaux, on me permettra de reproduire ici l'appréciation que, dix ans plus tard, au cours d'une discussion soulevée à la Société des sciences médicales de Lyon par un cas de scarlatine que M. Mollière avait traité et sauvé à l'aide des bains froids, je me permis de formuler sur son rapport relatif à la valeur de ce traitement dans son application à la fièvre typhoïde.

« ... Mais je tiens, avant tout, disais-je à rendre un profond hommage à l'esprit scientifique si élevé dont fait preuve notre savant et cher collègue dans cette question de la méthode refrigérante et à m'associer au témoignage que lui ont rendu, dans leur beau livre sur la fièvre typhoïde traitée par les bains froids, MM. Tripris et Bauverche. C'est, il y a bientôt dix ans, au sein de notre Société des Sciences médicales, qu'a paru le rapport à M. Mollière sur la méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde. Ce rapport établissait son infériorité vis-à-vis de la méthode expectante. Il fut une des armes les plus puissantes avec lesquelles on nous combattit dans la suite, et je puis dire que, personnellement, je fus un de ceux qu'elle frappa le plus fort. Eh bien! ne regrettons rien. Quel argument ce rapport ne devient-il pas en faveur de la méthode refrigérante, quand nous voyons aujourd'hui l'auteur de ce rapport, M. Mollière lui-même, se courber loyalement devant la clinique, devant les faits mieux interprétés, et se montrer le champion décidé, non seulement des bains froids dans la fièvre typhoïde, mais de la doctrine qui veut que la fièvre soit combattue dans ses excès, et combattue par le froid, quand l'hyperthermie devient inquiétante, menaçante par elle-même, fût-ce jusque dans la scarlatine, cette maladie que les préjugés regardent comme la plus irréconciliable avec le froid sous toutes ses formes! »

On me pardonnera cette longue citation qui est un double hommage et à M. Mollière et à la méthode des bains froids. Que d'autres se seraient crus, à sa place, tenus par un détestable amour-propre, de persister dans leur erreur première! Et quel dommage qu'il en eût été ainsi pour M. Mollière! C'est à lui que nous devons les premières observations publiées en France de scarlatines perdues, traitées et sauvées par les bains froids et ayant nécessité l'une 70, l'autre 100 bains. Nous lui devons une observation de « fièvre typhoïde grave avec broncho-pneumonie double traitée avec succès par les bains froids et l'application permanente d'une compresse d'eau froide et d'une vessie de glace sur le thorax ». M. Mollière voulut bien me faire assister et coopérer à cette cure remarquable. Plus tard M. Mollière fait connaître les observations de « traitement des formes graves de la colique hépatique par les bains froids », dans lesquelles les malades doivent certainement la vie à cette intervention que M. Mollière est le premier à avoir réalisée dans cette maladie. Sur ces entrefaites en 1888 M. Péter fait à Paris une série de leçons très aggressives contre les bains froids dans la fièvre typhoïde. M. Mollière relève le gant dans une lettre vigoureuse dont il confie l'insertion au Bulletin médical. Il avait fait paraître en 1888, comme preuve à l'appui de l'efficacité de l'eau froide, la statistique de « cinq années de traitement de la fièvre typhoïde dans un service hospitalier », celui qu'il dirigeait à l'Hotel-Dieu; il y a cinq mois, il a fait publier par un de ses élèves, le Dr Artaud, la statistique des quatre années suivantes, avec une mortalité de 4,75 0/0 sur 164 malades traités par les bains froids; il annonce la publication prochaine des résultats aussi favorables, obtenus pendant les quatre dernières années qui viennent de s'écouler. M. Mollière doit donc être compté parmi les plus vaillants champions de la méthode des bains froids. Il reste encore sur la brèche alors que, pour beaucoup, il semble que la question soit jugée et que l'absence d'adversaires doive rendre tout effort inutile.

Mais combien il a raison! le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids a ceci d'absolument spécial et caractéristique que, dès qu'on cesse de faire de l'agitation à son sujet, et en dépit de son efficacité si merveilleuse, on le voit peu à peu être délaissé, les statistiques le prouvent. A Lyon, durant quinze années, dès que le silence avait duré trop longtemps, le coefficient de mortalité par fièvre typhoïde augmentait dans les hôpitaux. Elle diminue de nouveau aussitôt après que quelque discussion soulevée dans une des sociétés de médecine avait rappelé l'attention sur les bains froids,

La mortalité de la fièvre typhoïde ne doit pas dépasser 9 p. 100 dans les hôpitaux civils, 3 à 4 p. 100 dans les hôpitaux militaires, 1 à 2 p. 100 dans la pratique privée. Or, d'après les documents officiels à Paris, la mortalité actuelle est de 16 p. 100 dans les hôpitaux, dans notre armée elle est de 18 p. 100. C'est là ce qui oblige M. Mollière à affirmer ses convictions; c'est là ce qui m'excusera, j'espère,

rès de vous, de l'entraînement auquel j'ai cédé en vous nant trop longtemps sur cette partie capitale de l'œuvre l. Mollière.

uand, aux travaux que je vous ai signalés plus haut sur urpura et la chlorose, j'aurai ajouté celui qu'il a consa- à démontrer la possibilité « de la mort subite pendant crise hystérique » ceux tout récents et que vous naissez bien, relatifs aux « applications externes de pi- rpine dans le traitement des néphrites » vous penserez mon rôle de rapporteur est terminé, mais je ne vous ncore parlé que du clinicien, il me resterait à vous e apprécier, chez M. Mollière, l'historien de la médecine. serait pour moi et soyez en certain pour vous même, délicate jouissance que de feuilleter les pages qu'il a sacrées à Goiffau le célèbre médecin lyonnais précur- r en 1720 des théories microbiennes — au maréchal lars et à la poudre d'Helvétius, — à l'assistance aux ssés avant l'organisation des armées permanentes, à valuation de la population des Gaules et de Lugdunum de la durée de la vie chez les habitants de cette ville du au IVe siècle, aux modes de captage et à l'aménagement sources thermales de la Gaule romaine, etc., etc. Ces es à eux seuls vous prouvent que la curiosité en matière clinique que M. Mollière a pourtant largement satisfaite pas encore suffi à l'action féconde de son esprit. Les ffrages de l'Académie de Lyon lui ont prouvé le prix on attachait à ces travaux d'archéologie médicale; mme les suffrages qui jadis le nommèrent médecin des pitaux de Lyon, ceux qui le portèrent à la présidence de Société des sciences médicales, prouvaient en quelle ute estime étaient tenus chez lui la science et le caractère médecin. La candidature de M. Mollière est de celles i honorent une société et la commission que vous avez argée de vous présenter son rapport ne peut que vous gager à l'inscrire sur la liste de présentation et la re- mmander à vos suffrages.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées, le te aura lieu à la prochaine séance.

M. Barlerin. — **De la présence des bacilles tubercu- ux dans les ganglions bronchiques dé sujets morts une maladie autre que la tuberculose, et ne présen- nt à l'autopsie aucune manifestation apparente de berculose.** (Travail de candidature au titre de membre tulaire.)

Le Président remercie M. Barlerin de son travail. La ommission chargée d'examiner sa candidature se com- ose de MM. Morau, de Ranse, et Martha, rapporteur.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire : J. Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 *mars* 1897. — *Présidence de* M. E. Delens.

Extirpation du rectum. — Présentation de planches par M. Quénu. Elles ont trait aux différents temps opératoires de l'extirpation du rectum avec résection de la prostate dans es cas de cancer du rectum et font passer sous les yeux la eproduction par le dessin de la description donnée dans a dernière séance.

Traitement chirurgical du goitre exophthalmique. — M. Schwartz. Je suis intervenu l'année dernière pour un goitre exophthalmique chez une dame de 37 ans qui en souffrait depuis un an. Elle était, malgré la petitesse de son goitre, en pleine cachexie. C'était surtout le tachycardie qui dominait. Je remarquai qu'il s'agissait d'un goitre intra-thyroïdien et je pratiquai l'hémithyroïdectomie. L'hémorrhagie fut considérable et dut être arrêtée avec un tamponnement à l'antipyrine. Pendant trois jours, il y eut une exacerbation importante de tous les symptômes qui me faisait craindre de voir succomber la malade. Je donnai du bromure à hautes doses, 6 gr. Puis tout rentra dans l'ordre et la malade a vu, peu à peu, ses accidents disparaître.

Il n'y avait certes aucun phénomène de compression, et cependant l'ablation fit disparaître la triade symptômatique que l'on a désignée sous le nom de maladie de Basedow.

J. Tuffier présente deux malades opérées de goitre l'une datant de deux ans l'autre de un mois et conservant des symptômes de maladie de Basedow.

M. Poncet. — Je viens d'examiner les deux malades — et j'ai opéré nombre de malades semblables. — Beaucoup d'accidents qui accompagnent l'intervention chirurgicale étant dus à la thyroïdisation rapide, on a pu légitimement hésiter à opérer le goitre exopthalmique.

C'est pourquoi nous avons préconisé l'exothyropexie; mais un cas de mort dans un cas simple nous a paru montrer qu'il s'agissait là d'une intoxication d'origine thyroïdienne, et, dans ces cas, la mort peut arriver dans les premières heures. Plusieurs faits semblables ont été publiés qui ont donné des phénomènes semblables.

La section double du grand sympathique des deux côtés a donné à Jaboulay des résultats à considérer; chez aucun de ses malades il n'y a eu de récidive des phénomènes de Basedowisme, ainsi que cela se voit chez les malades opérés de thyroïdectomie, non plus que d'accidents d'intoxication thyroïdienne.

Cholestéatome de l'oreille moyenne. — M. Broca fait un rapport sur un travail de M. Bracquehaye. Il s'agit d'un malade chez lequel on fit 20 fois une incision superficielle puis une trépanation incomplète de la mastoïde à la suite de laquelle persista dix ans une fistule. Ce ne fut qu'après la trépanation complète avec ouverture et évidement de la caisse que le malade guérit. L'audition n'est pas revenue mais les douleurs ont disparu.

Période prémonitoire des rétrécissements du rectum, — M. Gérard-Marchant fait un rapport sur un travail de M. Verchère, d'après les observations qui servent à la première partie du travail, et qui sont des faits d'ulcérations secondaires, d'épaississement des parois du rectum qui, sans troubles fonctionnels, restent ignorés des malades, que l'on ne trouve que lorsqu'on les cherche de parti pris, et peuvent devenir l'origine de rétrécissements qui passent pour des rétrécissements d'emblée, par ce fait que l'on n'a aucune notion de l'ulcération prémonitoire. Dans la seconde partie de son travail, M. Verchère nous a montré les moulages des malades dont il rapporte les observations. Ce sont des malades chez lesquelles le condylome anal de Gosselin indique l'existence du rétrécissement, et dont l'anus est tout entier transformé en une masse scléreuse.

Traitement de la fistule vésico-vaginale. — M. Routier. Je trouve dans le procédé de M. Berger un temps qui me semble dangereux, c'est la confection d'une collerette que

l'on fait saillir dans la vessie, et je ne pense pas qu'elle doive être conservée, par suite de la crainte que l'on doit ressentir de voir survenir des calculs.

La perte de substance et les brides cicatricielles sont le grand écueil à la cure des fistules vésico-vaginales; je n'ai pas employé la dilatation de Boozeman, et, cependant, dans le cas où j'ai eu affaire à des fistules vésico-vaginales, je suis parvenu à les oblitérer.

Je continue à employer le fil d'argent que je tords suivant le procédé de Trélat..

Lipôme périnéo-scrotal. — Présentation de malade par M. Lejars.

Dr F. Verchere.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 9 février 1897 : MM. les Drs E. Besnier, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, et J. Simon, ancien médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui s'ouvrira le 15 mars, est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Tillaux, Lannelongue, Polaillon, Félizet, Lermoyez, Sée et Segond.

Les candidats inscrits sont : MM. Auvray, Benoit, Bernard, Bouglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Peraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Souligoux, Thiéry et Vercoustre.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Porte est nommé professeur de clinique médicale.

M. Nicolas est nommé professeur de physiologie.

M. Salva est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Léon d'Astros est chargé d'un cours supplémentaire de clinique des maladies des enfants.

M. Roux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr de Rovis est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Martin est nommé professeur de clinique obstétricale.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — Par arrêté ministériel du 9 février, sont réinvestis dans leurs fonctions de médecins de l'assistance médicale pour une période de trois années à partir du 1er janvier 1897, date de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en service dont les noms suivent :

3e arrondissement : M. le Dr Courtin. — 4e arr. : M. le Dr Laffitte. — 5e ar. : MM. les Drs Mallet et Rollin. — 8e arr. : M. le Dr Marquezy. — 10e arr. : M. le Dr Piole. — 11 arr. : MM. les Drs Andrerey et Dubief. — 12e arr. : M. le Dr Yvon. — 13e arr. : M. le Dr Planteau. — 14e arr. : M. le Dr Geny. — 15e arr. : M. le Dr Jacquemart. — 17e arr. : M. le Dr Charles. — 18e arr. : MM. les Drs Gougelet, Dusseaud, Saintu et Soulié. — 19e arr. : MM. les Drs Orval, Morin et Boularan. 20e arr. : M. le Dr Vildermann.

Nécrologie. — Le Dr Destez, de Nantes, reçu en 1856. Le Dr Isabel, d'Avranches, reçu en 1880.— Le Dr Contejea préparateur à l'Institut Pasteur, mort à l'âge de 34 a après avoir avalé par erreur du sublimé qu'il avait p pour du bicarbonate de soude. — Le Dr Bayer, professe à la faculté de médecine de Beyrouth. — Le Dr Devail de Paris, reçu en 1837. — Le Dr Mourier, de Baugy (Che reçu en 1871. — Le Dr Leroux, médecin principal de l'arm en retraite.

La mortalité à Paris. — Pendant la huitième semaine, 20 au 27 février 1897, le service de la statistique a com 943 décès au lieu de 909, et de la moyenne 1.113.

Les maladies épidémiques augmentent (45 au lieu de et de la moyenne 73), la fièvre typhoïde a causé 3 décès lieu de 1 et de la moyenne 9; la rougeole 15 au lieu de et de la moyenne 15; la scarlatine 3 au lieu de 1 et de moyenne 3, la coqueluche 6 au lieu de 6 et de la moyen 8, la diphtérie 15 au lieu de 5 et de la moyenne 22.

On a signalé 2 décès par l'influenza, et 1 par la variole.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 26 déc au-dessous de 1 an au lieu de 24 et de la moyenne 35.

En outre 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respi tion ont causé 124 décès (au lieu de 139 pendant la semai précédente et au lieu de 196, moyenne ordinaire de la s son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronch aiguë, 21 décès (au lieu de la moyenne 30); bronchite ch nique, 25 décès (au lieu de la moyenne 43); broncho-pn monie, 43 décès (au lieu de la moyenne 57) ; pneumon 35 décès (au lieu de la moyenne 66). Les autres maladies l'appareil respiratoire ont entraîné 60 décès, dont 33 s dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès au lieu de moyenne 208; la méningite tuberculeuse, 29 décès; méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles précèdent ont causé 26 décès; l'apoplexie, la paralysie le ramollissement cérébral, 70 décès. et les maladies org niques du cœur, 67; le cancer a fait périr 36 personn Enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 9 suicides et 12 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 766 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.073 enfants vivan (523 garçons et 560 filles), dont 793 légitimes et 280 illé times. Parmi ces derniers, 45 ont été reconnus immédi tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 336 enfants, do 10 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 87 sero nourris au sein et 249 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 119 mort-nés (dont 79 lé times et 40 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diasta
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER.— Phosphoglycérate de chaux p

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HÊTRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES rhéo-ferrées **VIGIER** spéciales contre la cons pation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*